

扶養申請する家族一人つき一枚ご提出下さい。

健康保険 被扶養者状況報告書

Dependent application when a child is born

下記の通り報告致します。相違が判明した場合は、遡って扶養削除となっても異議はありません。

↑ 同意の✓をお願い致します。

Header form containing Insurance Card Symbol and Number (3003, 12345), Employee number (1234567890), Name of Insurance (東松山市箭弓町), Name of Applicant (健保 一郎), and Age of a child (0).

Main application form with checkboxes for birth, employment status, and income details. Includes fields for spouse's health insurance and income.

* 申請理由が「出生」の場合は、これより下は回答不要です。それ以外の方はすべて回答をお願い致します。

Large form area with a red border containing the text 'Not required to be filled out' and various input fields for dependent information.

備考欄 (Remarks) section.

事業所の証明 (Business Confirmation) section with checkboxes for tax status and business confirmation.